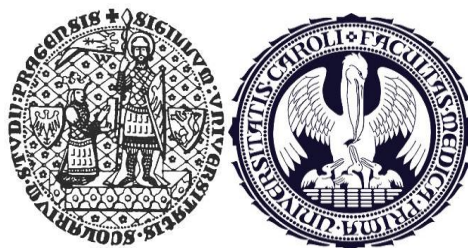


Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: **Adiktologie**



Ludmila Joanidisová

**Deprivatione a zneužívání návykových látek – možnosti a meze
psychoterapie v léčbě (případová studie)**

**Deprivation and substance abuse - potentials and limits of
psychotherapy in the treatment (a case study)**

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina CSc.

Praha
2014

Prohlášení:

Tímto prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité zdroje, z kterých jsem čerpala. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 28. 7. 2014

Ludmila Joanidisová

Podpis:

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce doc. PhDr. MUDr. Kamilu Kalinovi, CSc., za odborné vedení, cenné připomínky a rady. Především bych mu chtěla poděkovat za velmi vlídný, vstřícný a povzbuzující přístup v průběhu psaní této práce. Také bych ráda poděkovala své rodině za podporu, kterou jsem pociťovala po celou dobu studia. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým kolegům za důvěru a podporu, kterou mi dodávali hlavně při psaní této práce.

Identifikační záznam:

JOANIDISOVÁ, Ludmila. *Deprivace a zneužívání návykových látek – možnosti a meze psychoterapie v léčbě (kasuistická práce.) [Deprivation and substance abuse - potentials and limits of psychotherapy in the treatment (a case study)]*. Praha, 2014, 50 stran, 1 příloha Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2014 Vedoucí závěrečné práce doc. PhDr. MUDr. Kamila Kalina, CSc.

Abstrakt:**Deprivace a zneužívání návykových látek – možnosti a meze psychoterapie v léčbě (kasuistická práce)**

Cílem této kasuistické práce je ukázat, jak úzce může deprivace s užíváním návykových látek souviset. Jak může deprivace a dysfunkční vztahy v rodině ovlivňovat život v dospělosti, jak mohou komplikovat navazování zdravých vztahů a jak mohou ovlivňovat vztah sama k sobě. Kasuistická práce se zaměřuje hlavně na deprivaci, která má kořeny ve vztahu k matce, a na možné příčiny, které tak mohou člověka k užívání návykových látek dovést. Dále si tato kasuistická práce klade za cíl poukázat na možnosti a meze psychoterapie v rámci léčby závislostí tyto narušené vztahy narovnávat.

Klíčová slova:

vývoj závislosti - deprivace - zneužívání návykových látek - léčba závislostí – psychoterapie

Abstract:**Deprivation and substance abuse - potentials and limits of psychotherapy in the treatment (a case study)**

This bachelor thesis is formed as a case report which presents how developmental deprivation is closely related to later substance abuse. The impacts of deprivation and dysfunctional relationships in family to the adult life of an individual will be presented. It will be discussed how deprivation and dysfunctional relationships influence building relationships to the others and affect the self-image. The matter of interest of the thesis is in the cases of deprivation with roots in the relationship to the mother and main causes which can lead an individual to substance abuse. Additional aim of the thesis is to point out opportunities and limits of psychotherapy in the framework of substance abuse treatment to reform these impaired relationships.

Key words:

development of addiction - deprivation - substance misuse - treatment of addiction - psychotherapy

Obsah

Abstrakt	5
1. Úvod.....	8
2. Teoretické zakotvení	10
2. 1. Závislost na návykových látkách	10
2. 1. 2. <i>Kořeny vzniku závislosti</i>	10
2. 1. 3. <i>Rodinné, vývojové a psychologické faktory vzniku závislosti</i>	11
2. 2. Deprivace.....	14
2. 2. 1. <i>Typologie projevů psychické deprivace</i>	16
2. 2. 2. <i>Subdeprivace</i>	16
2. 2. 3. <i>Závažnost psychické subdeprivace</i>	17
2. 2. 4. <i>Reparabilita psychické deprivace</i>	18
3. Metodologie	20
4. Etická klauzule	21
5. Praktická část.....	23
6. Vlastní výzkum – anamnestické údaje	24
6.1 Rodinná anamnéza	24
6. 2. Osobní a zdravotní anamnéza	25
6. 3 Psychologicko – psychiatrická anamnéza.....	26
6. 4 Sociální anamnéza.....	26
6. 5. Trestně – právní anamnéza.....	27
6. 6 Závislostní anamnéza.....	28
7. Rodinné prostředí vzhledem k rizikovým faktorům v příběhu klienta	30
8. Životní události související s užíváním NL v příběhu klienta	33
9. Léčebné intervence se zaměřením na klientovy cíle, individuální plán	35
10. Aktuální situace klienta	41
11. Závěr.....	42
Souvislost deprivace a užívání návykových látek.....	42
Možnost reparace v rámci léčby závislosti	44
12. Diskuse.....	46
13. Použité zdroje a literatura:	48
Příloha 1	49

1. Úvod

Motto:

„ Opuštěné dítě, budí se náhle,
jeho pohled vylekaně po věcech kolem se točí,
však vidí pouze, že nikde nevidí
vstřícné láskyplné oči“

Georgie Eliotová (Bowlby, Vazba, 2010, str. 35)

Téma potřeb, jejich naplňování či nenaplňování v průběhu lidského vývoje a propojení s vlivem na naše životní příběhy, mě vždy oslovovalo a zajímalo. Pravda, z počátku to byla hlavně literatura, přednášky, semináře a různé kurzy, kde jsem se s tímto tématem více či méně setkávala. Díky své práci jsem se začala potkávat s tímto tématem i v praxi.

Naplňovat potřeby je lidskou přirozeností a základní životní potřebou. Na svět přicházíme závislí a s velkým úkolem stát se nezávislími. Pokud nejsou naše základní potřeby naplňovány nebo jsou naopak přesycovány, začneme být dříve či později nespokojení – deprivovaní. Některé z nás tato deprivace může dovést až k návykovým látkám.

Začala jsem hodně přemýšlet nad životními příběhy klientů, s kterými se při své práci terapeuta Programu následné péče setkávám. Okamžitě mě začaly napadat otázky: proč někdo musí léčbu absolvovat několikrát a někdo jen jednou? Kde je v těchto příbězích rozdíl? Proč nepomůže stejný přístup všem klientům? Co jeden klient potřeboval jiného než ten druhý? Je možné poznat nenaplněné potřeby a naplnit je díky psychoterapii? Je možné potřeby, které měly být naplněny již před mnoha lety a někým jiným, naplnit v rámci psychoterapie v léčbě závislosti? Jaký vliv může mít v této problematice terapeutický vztah? Je možné pokřivené vztahy deprivací v dětství narovnat a žít spokojeně v dospělosti ve vztazích? Je možné najít dobrý vztah sám k sobě?

Protože jsme každý jiný, tak i každý životní příběh je jiný, přestože na první pohled mohou vypadat stejně, dovádí mě tyto a další otázky k jedné společné otázce: Může deprivace s užíváním návykových látek souviset?

V adiktologických službách je stále více kladen důraz na individuální přístup ke klientům a párování služeb podle aktuálních potřeb každého klienta. A tak jsem téma nenaplněných potřeb zvolila jako výzvu a ráda bych díky této bakalářské práci na výše položenou otázku našla odpověď.

Vybrala jsem si k tomuto účelu kasuistiku klienta, s kterým jsem pracovala téměř dva roky. Z anamnestických údajů je zřejmé, že jeho raný vztah s matkou byl narušen, že byl psychicky deprivován. V průběhu terapie se postupně ukazuje souvislost mezi neuspokojivým vztahem s matkou v dětství a užíváním návykových látek. Náhled a porozumění i této skutečnosti pomáhalo klientovi v dalších životních změnách.

2. Teoretické zakotvení

2. 1. Závislost na návykových látkách

Na vzniku závislosti na návykových látkách (psychoaktivních látkách) se podílí celá řada faktorů, které jsou navíc ve vzájemné interakci. Můžeme také hovořit o předpokladech jedince ke vzniku závislosti. Sem můžeme řadit psychické vlastnosti jedince (psychologické předpoklady – nízká sebedůvěra, narušené hranice, nenaplněné potřeby, ...), somatické vlivy (biologické předpoklady – poruchy příjmu potravy, nedostatečná nebo nadbytečná prevence nemocí, úrazů, fyzický hendikep), což můžeme považovat za vlivy vnitřní, a vedle těchto vlivů jsou ještě vlivy vnější, tím myslím hlavně sociální prostředí (sociální předpoklady – nenaplněná potřeba přijetí, bezpečí a podpory ve světě, ...) a v neposlední řadě návykový potenciál užívané psychoaktivní látky. Jak zmiňuje P. Jeřábek: „Psychoaktivní látka je v tomto pojetí návyková psychotropní látka, která je u člověka schopna vyvolat syndrom závislosti, a to uplatněním svého návykového potenciálu“. Je tedy velmi složité označit ten jediný a možný důvod jejího vzniku. Jediné, co se dá říci jednoduše, je, že závislost na návykových látkách nevzniká „ze dne na den“. (Jeřábek, Základy klinické adiktologie, 2008, str. 53)

2. 1. 2. Kořeny vzniku závislosti

Kde hledat kořeny závislosti? Nechci se zabývat historickým vývojem závislosti, ale chtěla bych zmínit pohled S. Kudrleho na tuto otázku. Tvrdí, že je třeba zabývat se podstatou životních dilemat. Tedy tím, že život žijeme ve světě vztahu protikladů – zrození a smrt, světlo a temnota, radost a žal, štěstí a utrpení, láska a nenávisť, apod. Vztah těchto dualit je antagonistický, vyvolává napětí, je zdrojem neklidu, tužeb a hledání, je zodpovědný za základní dynamiku vývoje vůbec. Při hledání odpovědí na otázku zmíněnou v úvodu této kapitoly můžeme najít hlubší motivaci a potřeby, které jednotlivce k užívání návykových látek vedou: (Kudrle, Základy klinické adiktologie, 2008, str. 18):

- a) potřeba vyhnout se bolesti či nalézt zklidnění, ulevit si od bolesti fyzické i psychické. Patří sem i bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, bolest z pocitů odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení
- b) potřeba cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémově se zbavit vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti
- c) potřeba transcendence utrpení v zážitku splynutí a nebo sebepřekročení

Podle Kudrleho jsou tyto tři potřeby zčásti nevědomé, z části s uvědomovaným a reflektovaným dopadem. Mají i svoji biologickou komponentu a sílu instinktu. Všechny tři nacházejí i své korespondující drogy, které umocňují zmíněné prožitky (Kudrle, Základy klinické adiktologie, 2008, str. 18):

- opioidy – látky tlumící bolest
- stimulancia – látky přinášející slast a euforii
- psychedelika – látky zjevující cosi z nejhlubších úrovní lidské

psychiky

V léčbě závislostí je třeba vždy přihlížet k zákonitostem vzniku a vývoje závislosti stejně jako k životní cestě klienta. Pomocí anamnestických údajů hledáme spojitosti mezi rozvojem závislosti a problémy klienta, včetně nenaplněných či neuspokojených potřeb. Pátráme po tom, jaké místo, důležitost a význam měla nebo má návyková látka v životě klienta.

2. 1. 3. Rodinné, vývojové a psychologické faktory vzniku závislosti

Martin Hajný si klade otázku: Může rodina a vztahy v ní nějak přispět ke vzniku závislosti? Teorie zabývající se systémem rodinných vztahů předpokládají, že ano. Závislost chápou jako jev, který není izolovaný, ale existuje v systému vztahů dotyčného člověka. Stává se tak dočasně nutným prvkem, který umožňuje určité fungování, postoje a udržuje rovnováhu. Při hledání souvislostí je nutné vyhnout se hledání jednoznačného „viníka“ a v podstatě i jednoznačné příčiny. Jde spíše o proces interakcí, které se navzájem posilují. V některých sociálně stabilizovaných rodinách můžeme sledovat, že se užívání návykové látky stane součástí kultury a zároveň zajišťujícím prvkem, bez kterého to nejde. Celá rodina nebo její část se pak nechtěně a nevědomky může podílet

na tom, že tento vzorec vlastně spíš podporuje a drží se stereotypu, který je udržuje a neruší.

Za zmínku stojí i model spoluzávislosti, který předpokládá, že partner nebo rodina závislé chování umožňují. Praktickou podobou toho může být například popírání zjevných problémů spojených s užíváním, „slepota“ vůči zjevným souvislostem, neschopnost udržet určitá pravidla a hranice, obviňování místo hledání řešení, odkládání řešení, bagatelizace obtíží nebo potřeby léčby, tendence věřit iluzím apod. Užívání návykových látek představuje komplexní, dlouhodobý a také alarmující jev. Principem tohoto mechanismu je to, že pozornost, kontrolu a snahu řešit poutá užívání dítěte. Rodiče s tím nezacházejí konzistentně, občas nadměrně zlostně, přísně, jindy liberálně. Pokud se na tento problém podíváme jako na nemoc rodiny, tak můžeme vidět, že toto zaměření je zaměřené pouze na léčení symptomu nemoci. Pravá příčina (např. dlouhodobě neuspokojivý partnerský vztah) může být dlouho nepovšimnuta, neřešena a díky tomu se nic nemění. (Hajný, Základy klinické adiktologie, 2008, str. 41 – 43)

Některé problémy v rodinných vztazích se považují za faktory, které vedou ke vzniku nebo udržování závislého chování:

- užívání drog rodiči, jejich trestná činnost
- nedostatečná nebo přehnaná péče rodičů o dospívající děti
- špatná komunikace mezi rodiči a dospívajícími
- nedostatek jasných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování
- nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmům

Tyto rysy mohou představovat příčiny vzniku a udržování závislého chování, jiné vznikají až jako důsledek užívání návykových látek. Mnohdy je to tak prolnuté, že ani výzkumný přístup, ani konkrétní terapie nemohou rozlišit, co bylo „dřív“. Zatímco pro účely ryze výzkumné je to důležitá překážka, pro samotnou léčbu to není nezbytné.

Další znaky, které mohou mít vliv na závislostní chování dítěte:

- nároky na předčasnou zralost dětí
- děti se stávají důvěrníky rodičů
- nadměrná volnost a liberální výchovný přístup
- nadměrná náročnost a kontrola

- manipulativní komunikace a vztahy
- řešení negativních emocí náhradním způsobem
- příliš časté či silné pocity studu či viny
- dítě jako nástroj neuspokojených ambic rodičů

(Hajný, Základy klinické adiktologie, 2008, str. 45, 46)

Dospívajícího čeká v souvislosti s jeho „vývojovým úkolem“ těžký úkol, kterým je odchod od rodiny: odpoutání se od dosavadních vazeb v rodině, odmítnutí některých rodinných hodnot a budování vlastní identity. K tomu je potřeba překvapivě mnoho podmínek:

- dospívající by měl vědět i cítit, že se odpoutat může, že jeho odchod nebudou rodiče nebo jeden z nich vnímat jako zranění, zradu nebo odmítnutí
- samotný „odchod“ se děje mnohdy skrze konflikty, rozdíly v postojích k různým hodnotám – proto je třeba, aby mezi dospívajícími a zbytkem rodiny byla možnost otevřeného konfliktu, který ale obě strany zvládnou bez nadměrných pocitů zavržení a zklamání
- dospívající musí kromě nesouhlasu nebo odporu vůči některým rodičovským principům a zvyklostem vnímat i určitou chuť a odhodlání zkoušet žít „po svém“ – nejen žít mimo domov, ale také žít již více své vztahy, povinnosti, ambice; nemělo by jít o útěk, pomstu, citové vydírání nebo snahu se násilně odtrhnout za každou cenu

Pokud nejsou splněny předpoklady pro přirozenou separaci, je možné, že se dospívající dostane do vnitřního konfliktu: bude cítit potřebu nepodílet se na úzkých rodinných vztazích, starých rolích a soužití, ale zároveň bude cítit pocity viny, že chce odejít, nebo úzkost či prázdnotu z toho, že by se měl víc starat o sebe. Pro takový vnitřní konflikt může nabízet kompromisní řešení právě problémové užívání drog nebo pití alkoholu. To totiž poskytuje velkou škálu dočasných náhradních kroků: ulevuje od pocitů bezmocné zlosti nebo marnosti, dává zažít pocit osvobození a odpoutání, které si dospívající jinak nemůže přirozenou cestou zajistit. (Hajný, Základy klinické adiktologie, 2008, str. 45)

2. 2. Deprivace

V předchozí kapitole jsem se ve své práci zaměřila na rodinné, vývojové a psychologické faktory, které mohou jednotlivě, nebo spíše v kombinaci, mít vliv na vznik závislosti na návykových látkách. V této kapitole se zaměřím na psychickou deprivaci, která může být dalším faktorem vzniku závislosti.

Pojem deprivace označuje nenaplnění nebo nedostatečné uspokojení základní psychických nebo fyzických potřeb. V českém jazyce používáme pro deprivaci slovní spojení citové strádání. Z tohoto vyplývá, že k deprivaci vede nedostatek citu. Ve své práci budu psát hlavně o deprivaci psychické, proto se zaměřím právě na nenaplnění potřeb psychických.

Z. Matějček aj. Langmeier ve své knize definovali psychickou deprivaci takto: „Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostatečné míře po dosti dlouhou dobu.“ (Langmeier, Matějček, 2011, str.).

Jak jsem již zmínila, existují potřeby fyzické, biologické, které jsou pro život nezbytné a nikdo o tom nepochybuje. Jsou to potřeby, které vedou k přežití dítěte, to znamená, že sem budeme řadit potravu, teplo, sucho, atd. Vedle těchto potřeb jsou potřeby psychické, které každý z nás potřebuje v náležité míře naplňovat, aby mohl růst v nezávislou, samostatnou a zdravou osobnost. Výzkumně byly ověřeny a definovány tyto vitální potřeby:

1. Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů. Její uspokojení umožňuje naladit organismus na žádoucí úroveň aktivity.
2. Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech, tj. smysluplného světa. Uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které by jinak byly chaotické a nezpracovatelné, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Jde tedy o základní podmínky pro jakékoli učení.
3. Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů, tj. vztahů k osobě matky a k osobám dalších primárních vychovatelů. Náležité uspokojování této

potřeby přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní integraci jeho osobnosti.

4. Potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty, z jejíhož uspokojení vychází zdravé uvědomění vlastního já, vlastní identity. To pak je dále podmínkou pro osvojení užitečných společenských rolí a hodnotných cílů životního snažení.

5. Potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy. Její uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje v člověku jeho životní aktivitu.

Je nutné přihlédnout k tomu, že každá kultura, společnost i rodina má jiný pohled na priority potřeb. Nemůžeme tedy vytvořit šablonu, podle které budeme hodnotit míru deprivace. Musíme pohlížet na každé dítě či dospělého individuálně a mít v patrnosti prostředí, ve kterém vyrůstal. Někde mohou být děti vedeny k samostatnosti co nejdříve, jinde naopak tradice velí udržet závislost na rodičích co nejdéle. Pro některé rodiny jsou typické pevné hranice, nevybočování. Děti z takovýchto rodin bývají vedeny ke konzervativnímu životu, zdrženlivosti a svým způsobem k pasivitě. Naopak v jiných rodinách pěstují kreativitu, aktivitu a hranice jsou pružné, někdy až moc volné. Děti v rodinách s rozvolněnými hranicemi mohou vnímat riskování a bezbřehost jako standard. To znamená, že se v každé rodině jinak zachází s podněty a následnou úrovní aktivity u dětí a posléze i v dospělosti. Každopádně je rodina místem, kde dítě získává základní pohled a výbavu pro svůj samostatný život a každý si v určité míře neseme do dospělého života stopy deprivace, ve které jsme více či méně vyrůstali. (Bubleová, Kovařík, Matějček, Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace,, str. 8)

2. 2.1. Typologie projevů psychické deprivace

Na základě přímého pozorování dětí různého věku bylo možné rozlišit pět typů vývoje osobnosti pod vlivem deprivace. Je předpoklad, že by typy bylo možné rozlišit podle charakteristického chování pozorováním i dospělých lidí, kteří vyrůstali v deprivacním prostředí:

- a) typ „normoaktivní“ či relativně dobře přizpůsobený – děti dosáhly určité rovnováhy i v podmínkách podmětového ochuzení
- b) typ hypoaktivní či útlumový – snížená celková aktivita, emoční apatie, nezájem, celkový pokles výkonu a učení
- c) typ sociálně hyperaktivní – děti díky podnětové chudobě stále vyhledávají pozornost (u kohokoli), neznají citovou vázanost, věrnost;
- d) typ sociálně provokativní – navázání kontaktu je nejčastěji projevem násilným, agresivním, provokujícím; ve chvíli, kdy jsou s dospělými samy, jsou naopak hodné a přítulné; mají tendence vytvářet si neúnosné životní situace
- e) typ charakterizovaný náhradním uspokojováním potřeb – nedostatek citových a sociálních podnětů děti vede k získávání podnětů na nižší úrovni, to se nejčastěji projevuje přejídáním, šikanováním, žalováním, trápením zvířat, autoerotickými aktivitami

Dle mého názoru by do této kategorie patřilo i uspokojování nenaplněných potřeb užíváním návykových látek. Předpokládám, že vzhledem k věku dětí a možná i době, kdy byly sledovány, není užívání návykových látek zmíněno. (Bubleová, Kovařík, Matějček Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace ,, str. 9, 10)

2. 2. 2. Subdeprivace

Pod pojmem subdeprivace se skrývá mírnější forma deprivace. Pojem psychická subdeprivace byl použit ve studii zaměřené na děti narozené z nechtěného těhotenství (Dytrych, Matějček, Schiller, 1975). U těchto dětí, přestože vyrůstaly v úplné rodině, byly sledovány velmi podobné projevy chování a vývoje jako u dětí vyrůstajících v ústavní výchově. Pravdou je, že projevy nebyly tak dramatické a výrazné. Matějček a další autoři upozorňují na důležitý aspekt: Podobně jako psychickou deprivaci můžeme i subdeprivaci odlišit, zachytit a posuzovat jen v určitém společenském kontextu. Otázka totiž

zní, v čem se osoby postižené subdeprivací liší od ostatních a co je v projevech či v jejich životní historii zvláštního, nápadného, společensky snad nežádoucího či pro ně samotné nepříznivého a neuspokojivého.

Koncepci psychické subdeprivace podpořily poznatky získané při řešení čtyř výzkumných projektů v sedmdesátých letech. Jejich předmětem byly děti vychovávané ve vlastních rodinách, avšak psychologicky, jak se dalo předpokládat, za podmínek méně příznivých nebo přinejmenším problematických. Výzkumné studie byly rozděleny do čtyř skupin podle prostředí, ve kterém děti vyrůstaly:

- děti narozené prokazatelně z nechtěného těhotenství (Dytrych, Matějček, Schiller, 1975)
- děti žijící v úplné rodině, kde otec byl evidován jako alkoholik v některé pražské obvodní AT poradně (Matějček 1981)
- děti narozené mimo manželství v Praze v roce 1970 (Synovský, Zelenková 1977, Matějček a kol. 1986)
- děti, jimž se v Praze v prvním pololetí roku 1976 rozvedli rodiče (Dytrych a kol.)

Srovnání psychologických nálezů získaných u dětí uvedených čtyř skupin poměrně překvapivě (avšak z hlediska teorie psychické deprivace vlastně zcela logicky) ukázalo, že skupina dětí z rozvedených manželství se od ostatních zřetelně odlišuje. Ve zvýšené míře u nich nacházeli následky psychických traumat, frustrací, konfliktů, projevujících se vyšším výskytem neurotických rysů. Nezachycovali však symptomatologii deprivační ani subdeprivační. Vysvětlovali si to tím, že v těchto případech šlo zřejmě o nepříznivé životní okolnosti, které postihly dítě již na určitém vyšším stupni psychického vývoje, působily spíše v kratším vymezeném časovém úseku a i když je dítě prožívalo tíživě, nepoznamenaly jeho osobnost do takové šíře a hloubky, jako je tomu v případech citového ochuzení od časného dětství. (Matějček, Bubleová, Kovařík, Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace,, str. 11, 12)

2. 2. 3. Závažnost psychické subdeprivace

Psychická subdeprivace se zdá být vážným společenským jevem. Nejedná se totiž „jen“ o děti z ústavní či náhradní péče, ale týká se i dětí, které vyrůstají

v úplných rodinách. V rodinách, které jsou navenek třeba zcela nenápadné. Takové rodiny také přirozeně nejsou předmětem pozornosti a zájmu orgánů péče o dítě ani zdravotnické instituce a tak může být problém psychické deprivace dlouhou dobu neodhalen.

Jestliže však uspokojivá seberealizace člověka v dnešní společnosti předpokládá jeho daleko větší vyspělost, zralost a připravenost pro roli mileneckou, manželskou, rodičovskou, než tomu bylo v minulých dobách, je nedostatek podmínek pro dosažení takové vyspělosti jistě okolností velice závažnou. Vychyluje utváření postojů, včetně postojů rodičovských nevýhodným směrem, takže je nebezpečí přenosu nepříznivých vlivů na příští generaci. Celý problém je připodobňován k plovoucímu ledovci. Nad hladinu vyčnívá jen vážnější sociální patologie k níž subdeprivace přispěla. Vrcholkem ledovce v tomto případě myslí agresivitu, kriminalitu, alkoholismus a užívání drog. Pod hladinou je skryto mnohem horší, mohutnější zázemí, ze kterého za „příhodných“ podmínek ona sociální patologie vyrůstá. Na druhé straně uvádí, že většina dětí narozených z nechtěného těhotenství, dětí alkoholiků a dětí narozených mimo manželství se přece jen vyvíjí normálně. To dokazuje, že jsou tu nepochybně síly v rodině i ve společnosti, které působí pozitivním směrem. (Matějček, Bubleová, Kovařík, Pozdní následky psychické deprivace, ..., str. 14).

2. 2. 4. Reparabilita psychické deprivace

Názory o ireparabilitě deprivčního poškození vyplývaly zřejmě do značné míry i z okolností, že hluboce deprivované děti, ve své vlastní rodině někdy týrané a hrubě zanedbávané, zůstávaly po odnětí z rodiny trvale v ústavní výchově. Ta sice mohla přinést určité zlepšení v oblasti intelektu, ale nerozvíjela výrazněji složku citovou, sociální a celou osobnost. Pozorování dětí v době experimentální pěstounské péče ukazovala přesvědčivě, že deprivční poškození je napravitelné v mnohem větší míře, než se do té doby předpokládalo. K tomu, aby mohlo k nápravě dojít je velmi potřebná péče o rodinu a to jak diagnostická tak terapeutická. I když se začala uznávat určitá možnost nápravy, omezovala se na oblast intelektu, zatím co v oblasti citové a

sociální byly zdůrazňovány trvalé následky, i když ne vždy nutně nápadné, s asociálními projevy, ale vždy skrytější, projevující se v postojích, názorech a vztazích partnerských, rodičovských, atd.. (Koluchová, Diagnostika a reparabilita psychické deprivace,, str. 20, 21)

3. Metodologie

Tato práce je charakteristická tím, že se jedná o kvalitativní přístup ve formě jednopřípadové studie, jinými slovy klinickou kasuistiku. Jedná se o studii uživatele návykových látek, u něhož se v anamnéze objevovaly příznaky psychické deprivace a subdeprivace v dětství. Zvolila jsem strategii, která je zaměřená na výchozí místo pro hledání, popis a vysvětlování vlivu různých faktorů v souvislosti kontextu daného případu. Tento způsob zkoumání je vhodný z toho důvodu, že umožňuje sledovat a zkoumat určitý fenomén v jeho komplexnosti a historicko-biografickém pozadí (Miovský, 2006). A jak uvádí Miovský, můžeme tak případ lépe sledovat, popisovat a vysvětlovat jako celek a tím tak můžeme souvislostem a jednotlivým vztahům lépe porozumět.

Jedná se o podrobnou případovou studii jednoho klienta, který řádně dokončil program následné péče. Tuto kasuistiku jsem vybrala z toho důvodu, že se v historii klienta z mého pohledu objevila raná deprivace, která ovlivňovala jeho zdravý vývoj a následně ho pravděpodobně dovedla k užívání návykových látek. Velký význam ve výběru kasuistiky má fakt, že klient po ukončení léčebného procesu vede subjektivně kvalitní a spokojený život.

Data byla získávána z podrobných anamnestických dotazníků – osobní a rodinná anamnéza, zdravotní, sociálně – právní, psychologicko-psychiatrická a závislostní anamnéza. Anamnestické dotazníky byly s klientem vyplněny v průběhu přijímací procedury do programu následné péče. Dále jsem čerpala z individuálních rozhovorů – z individuální psychoterapie a ze záznamů ostatních pracovníků programu (sociální pracovnice, terapeuti) – sociální práce, skupinové psychoterapie a dalších služeb, kterých klient od prvního kontaktu do řádného ukončení doléčování využil.

Nejprve jsem získala potřebná data, která jsem následně analyzovala a vybírala jsem ty skutečnosti, které se týkaly tématu této práce a které se v příběhu klienta opakovaly.

4. Etická klauzule

V psychoterapeutické praxi je na prvním místě prospěch klienta, ne jeho poškození. K tomu, aby se tak nedělo, slouží etický kodex. Ze stejného důvodu jsem dbala na etické zásady a principy i při zpracování této případové studie. V praktické části této práce je zcela zajištěna anonymita klienta. Informace, které by vedly k odhalení jeho identity, byly změněny, posunuty v čase, nejsou zde uváděna žádná konkrétní jména, žádné konkrétní názvy institucí, měst, atd.

Materiál pro zpracování této práce jsem měla k dispozici oproti podpisu a se souhlasem vedoucí v konkrétním programu následné péče. V době zpracování této práce byl klient již dva roky řádným absolventem programu a s programem byl v kontaktu jen sporadicky. Čerpala jsem tudíž z klientovy složky, která byla uložena v archivu, a stejně jako s ostatními složkami je s ní nakládáno v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů (zákon č. 101/2000Sb). Složka obsahuje veškeré dokumenty s informacemi o klientovi od prvního kontaktu po závěrečnou zprávu. Jsou zde podrobné zápisy z jednotlivých individuálních i skupinových terapií, ze sociálního poradenství, i krátké záznamy z každého kontaktu klienta s pracovníky programu následné péče. Vzhledem k této skutečnosti neproběhlo osobní setkání a nemuselo docházet k eventuální retraumatizaci klienta pokládáním otázek, které by ho vracely do citlivého, nepříjemného a složitého období. V práci tudíž zpracovávám pouze záznamy terapeutů a sociální pracovníce programu. Nemusela jsem tak brát zřetel na prostředí a atmosféru, ve které práce vznikala. Nicméně jsem klienta při setkání absolventů oslovila, vysvětlila svůj záměr, důvod, účel, etické aspekty této práce a rámcově jsem ho seznámila s obsahem. Při tomto rozhovoru jsem se snažila postupovat tak, aby nedošlo k rozrušení či poškození klienta. Rozhovor proběhl pro něho v bezpečném a známém prostředí programu následné péče. Zodpověděla jsem mu veškeré otázky, které ho ohledně této studie zajímaly.

Kromě toho, že v této práci byla zajištěna anonymita, tak je zajištěno zneužití třetí osobou. Veškerý materiál, který jsem měla k dispozici, jsem vrátila do archivu programu následné péče. Poznámky, které vznikaly při přípravě této práce, sloužily pouze pro zpracování této práce a následně byly zničeny.

Informovaný písemný souhlas je přílohou této práce. Podpis jsem od klienta získala ještě před samotným započítáním psaní této práce. Klient na svou žádost obdrží jeden výtisk této případové studie.

5. Praktická část

Základní údaje o klientovi – informace z osobního pohovoru, jehož absolvování je součástí Žádosti o přijetí do Programu následné péče, respektive doléčování s chráněným bydlením. Dále z vyjádření ošetřujícího lékaře Psychiatrické léčebny, kde byl klient před nástupem do doléčovacího programu.

Klient, téměř šestatřicetiletý svobodný a bezdětný muž; *užíval opiáty* intravenózně od 23-ti let, od 16-ti předcházelo užívání pervitinu; ukončené základní vzdělání, t. č. bez zaměstnání, evidován na Úřadu práce; trvalé bydliště na městském úřadě; má podnájemní smlouvu, ale zvažuje odstoupení od této smlouvy pro finanční neschopnost; *rodinné zázemí neutěšivé, podpora rodičů „pouze“ materiální.*

Jednalo se o *opakovanou léčbu i o opakované doléčování* s chráněným bydlením. Klient se v léčbě i v doléčování aktivně zapojoval ve všech terapeutických aktivitách. Problémy míval s pravidly (vztahy) a hranicemi.

Jeho pokusy o samostatný život v abstinenci vždy ztroskotaly na partnerských vztazích.

Pro doléčování s chráněným bydlením klient splňoval veškerá kritéria. I podle ošetřujícího lékaře v Psychiatrické léčebně byl tento typ služby plně indikován jako podpůrné prostředí k *dokončení emočního a sociálního vyzrání.*

6. Vlastní výzkum – anamnestické údaje

6.1 Rodinná anamnéza

Klient je z úplné rodiny. Otec 62 let, trpí lehkou cukrovkou a má potíže se slinivkou. Otec je řidičem z povolání. Matka 54 let, potíže se srdcem, žaludeční vředy. Bližší informace klient o zdravotním stavu svých rodičů nemá. Udává, že oba rodiče jsou bez psychiatrické zátěže. Má mladší sestru 33 let. Podle klientových slov je zdráva, v minulosti experimentovala s návykovými látkami. Již několik let žije se svým přítelem a v současné době je těhotná.

S rodiči žil a vyrůstal na malém městě v rodinném domě. Myslí si, že byli vždy finančně zabezpečeni. *Otec byl díky své práci často mimo domov.* Pokud doma byl, pamatuje si ho klient spíše jako *vyžadujícího a trestajícího*. Na druhou stranu rád vzpomíná na to, že ho otec přivedl ke sportu a k hudbě. *Matku si jako malý moc nevybavuje.* Pokud ano, tak to má spojeno s nepříjemnými zážitky – *strašení, lekání, opouštění.* *Matka mu mizela ze života do práce a za zábavou.* *Matce v době porodu bylo necelých 18let.* S velkým odstupem času, jako dospělý, se dozvěděl, že *těhotenství nebylo plánované a chtěné.* *Matka dokonce uvažovala o potratu.* Když byl ještě hodně malý, často ho hlídali *prarodiče* ze strany otce i matky. U nich byl velmi rád, bohužel všichni *brzy zemřeli.* Neví věk ani důvod úmrtí. V dětství *navštěvoval jesle a školku.* Klient si vzpomíná na *časté hádky rodičů.* Když byl malý, tak tomu nerozuměl, tyto situace v něm vyvolávaly *strach a úzkosti.* V současné době tuší, že za hádkami byla *nevěra a nadměrné pití alkoholu u otce.*

Vztah se sestrou nevnímá jako významný. Občas si hráli, spíše si vzpomíná, jak se hádali a prali. Vnímal, že *rodiče sestru upřednostňují,* projevují jí více lásky. *Nevzpomíná si, že by se s ním matka mazlila, že by ho otec objal.* Vztahy v rodině do dnes vnímá jako materiální.

6. 2. Osobní a zdravotní anamnéza

Informace o průběhu porodu si doposud nezjišťoval, podle svých slov to nepovažoval za důležité. Prošel všechny běžné dětské nemoci. V pubertě měl těžký úraz kolene, celkovou plastiku kolenního vazu, tento fakt měl velký vliv na jeho další směřování životem, protože musel zanechat vrcholového sportu. V dospělosti začal trpět na žaludeční vředy, v roce 2000 byl operován pro perforaci. Aktuální kontrolní gastroskopie je v normě. Žádnou dietu nedrží. Od roku 1996 je HCV +, z posledního vyšetření vyplývá, že je stále HCV antigen/protilátka pozitivní. V době vyplňování zdravotní anamnézy se cítil subjektivně dobře. Pro výkon zaměstnání – noční směny má z důvodu žaludečních vředů omezení. Jiné omezení neguje.

Klient je bezdětný. Sexuálně začal žít v 16-ti letech, orientace heterosexuální. Vážné vztahy měl doposud pouze dva, přičemž se vždy jednalo o *přítelek staršího věku*. Jedna partnerka byla vdaná a měla děti, nikdy spolu nežili v jedné domácnosti. Ostatní vztahy byly krátkodobé, díky užívání návykových látek byl velmi promiskuitní a *ženy ho často a brzy opouštěly, on toto velice těžce nesl. Na své partnerky se vždy velmi upínal*. Můžeme říct, že klient *navazuje převážně závislé vztahy*.

Školní prospěch byl průměrný. S přibývajícím věkem se prospěch zhoršoval. Vztah ke studiu si nevypěstoval. Žil převážně sportem. Jak sám uváděl, otec ho postavil na brusle ve čtyřech letech. Nadneseně je možné říci, že “z bruslí ho sundalo” v patnácti letech zranění. Jak jsem již zmínila, jeho život nabral jiný směr. Nebyl přijat na sportovní školu. Na nátlak rodičů si podal přihlášku na střední školu dopravní. O studium ani o obor neměl zájem. Navíc byl v cizím městě. *Chtěl se vrátit domů k rodičům, ale ti ho odmítli* a trvali na tom, že bude studovat dopravní školu a bydlet na internátu a následně u tety (výchovné problémy na internátě). Klient to prožíval jako velké *zklamání a zradu od rodičů*. Dodnes se s tímto faktem nevyrovnal.

Za jediného dobrého přítele považuje svou bývalou partnerku. Stará se o něho, vozí mu jídlo, půjčuje peníze, radí, co si má kupovat, pomáhá mu hledat práci. Klient má velký počet známých, ale vztahy jsou to velmi povrchní a většinou virtuální díky sociálním sítím. *Ve školním věku býval „třídním šaškem“, pro*

starší spolužáky, kamarády i bratrance byl spíše „otloukánek“. Sportovní stadion byl snad jediným místem, kde byl uznáván a podporován.

Mezi hlavní záliby patří hudba a sport, ale ten již pouze rekreačně. Mezi své zájmy sám řadí i péči o sebe, dbá na svou image, kterou si s drobnými změnami drží dlouhé roky, má několik tetování.

Za svůj životní neúspěch považuje to, že se nemohl realizovat sportem. Byl dlouho podporován v tom, že má velký talent. Přestože si nechce dodělávat vyšší vzdělání než základní, tak i tuto skutečnost považuje za neúspěch. Za další neúspěch považuje *zprerhané rodinné vztahy. Klade vinu sám sobě.* Životní úspěch, ve chvíli vyplňování této anamnézy, hledá těžce. Nakonec udává, že úspěchem je to, že pomalu začíná navazovat vztah se setrou a několikaletou abstinencí. Je pro něho důležitá zkušenost, že život bez návykových látek může být zábavný a barevný.

6. 3 Psychologicko – psychiatrická anamnéza

Již v dětství o sobě slyšel, že je až moc *živé/hyperaktivní dítě.* Ve školním věku však nikdy nebyl v péči psychologa ani psychiatra. Není mu známo, zda nebylo rodičům doporučeno se synem navštívit pedagogicko-psychologickou poradnu. Podle jeho slov tam nikdy nebyl. Do péče odborníků se dostal až díky své závislosti v rámci návštěv psychiatrické ambulance, pobytu na detoxifikační jednotce, v psychiatrické léčebně a terapeutické komunitě.

U klienta se *v období užívání návykových látek objevovaly suicidální myšlenky a tendence, zvýšená úzkost, depresivní rozlada.* Výrazné úzkosti se objevují i *v čase abstinence v souvislosti s potížemi ve vztazích či při opuštění partnerkou.* Z lékařské zprávy vyplývá, že byly pozorovány menší výpadky paměti a zhoršená koncentrace. Při dodržení doporučení úplné abstinence od návykových látek se paměť i koncentrace mohou zlepšovat. Nikdy neměl agresivní sklony.

6. 4 Sociální anamnéza

Nejvyšší dosažené vzdělání základní. Nedokončil střední dopravní školu ani odborné učiliště se zaměřením na obor automechanik. Podle jeho slov mu to

zaměření nic neříkalo. Škola byla vybrána rodiči po nepřijetí na školu se sportovním zaměřením. Dosažení vyššího vzdělání ani formou rekvalifikačního kurzu neplánoval.

V letech 1992 – 1993 absolvoval povinnou vojenskou službu. Často porušoval vojenské povinnosti (nejčastěji pozdní příchody) a za to byl trestán, jak sám říká „vojenskou basou“.

Nejčastěji pracoval jako skladník nebo odborný prodejce – hudba, nábytek, oblečení. Podobnou práci bude hledat i nyní. Práci dlouho zvládal i při užívání návykových látek. Nikdy nebyl propuštěn pro neplnění pracovních povinností. Většinou byl pracovní poměr ukončen dohodou – vypršení smlouvy, nadbytečnost, a tak podobně.

Měl dluhy hlavně u rodičů, s nimiž měl uzavřenou dohodu, že až bude pracovat, bude své pohledávky splácet sám. U věřitelů byly dluhy ve výši cca 60 000 Kč, plánoval věřitele kontaktovat a domluvit si s nimi splátkové kalendáře. Dluhy vznikaly v období, kdy klient nepracoval a uzavíral rychlé půjčky, které díky nezaměstnanosti nebyl schopen splácet.

Ve chvíli vstupu do programu následné péče klient pobíral dávky hmotné nouze – příspěvek na živobytí a doplatek na bydlení.

Nikdy nežil sám. Žil buď s rodiči, u příbuzných, s kamarády nebo s přítelkyní. Trvalý pobyt měl hlášen na městském úřadě. Ve chvíli osobního pohovoru měl podnájem, ve kterém po dobu klientovy léčby bydlel jeho kamarád. Nicméně plánoval podnájem opustit, hledat si nové bydlení a do budoucna řešit i změnu trvalého bydliště, *najít si své místo a vybudovat domov.*

6. 5. Trestně – právní anamnéza

V minulosti *byl trestán za přestupky* – pokuty, soudně dostal jeden podmíněný trest, udával, že už si nepamatuje, kdy ani za jaké přestupky to bylo, snad prý za drobné krádeže a výtržnosti pod vlivem návykových látek. V době vyplňování sociální anamnézy podmíněný trest již vypršel a trestní rejstřík měl čistý. Léčba klientovi nebyla soudně nařízena.

6. 6 Závislostní anamnéza

Jako primární návykovou látku udává – *Heroin a jiné opiáty* včetně substitučních látek (Subutex, Suboxon), věk prvního užití 21 let. Z počátku užíval kouřením, následně intravenózně. První dva roky pouze víkendově. Intenzita se postupně zvyšovala až k dennímu užívání. V podstatě do svých 36 let abstinovat od heroinu hlavně v léčebných zařízeních. Za celých patnáct let mimo léčebné zařízení abstinovat necelé dva roky. V současné době má z opiátů strach, uvědomuje si, že kontrolované užívání není možné a že ani na opiátech už nebude spokojený.

Ostatní návykové látky:

- v 15-ti letech začal pít alkohol a kouřit; alkohol užíval, když neměl k dispozici jiné návykové látky, ale i v období abstinence. Plánuje, že po dobu doléčování bude od alkoholu abstinovat. Necítí v něm ohrožení a po ukončení programu by chtěl pít situačně.
- Od 16-ti do 21 užíval pervitin; heroin plně pervitin nahradil; od té doby od pervitinu zcela abstinuje
- Uvádí zkušenosti ve větší či menší míře i s dalšími návykovými látkami včetně benzodiazepinů, halucinogenů a kokainu

Za celou dobu zneužívání návykových látek se několikrát předávkoval, udává, že neúmyslně. Jedna takováto situace skončila převozem do nemocnice na oddělení jednotky intenzivní péče, to byl prý impuls pro první léčebný pobyt.

Finance na obstarávání návykových látek z počátku získával zaměstnáním. Pervitin se naučil vyrábět pro vlastní potřebu. Po nějakém čase si začal „přivydělávat“ prodejem drog, drobnými krádežemi a rychlými půjčkami. Finanční hodnotu svého závislého jednání nezná.

Mezi hlavní zisky, které plynuly ze zneužívání návykových látek – *pervitinu*, zpočátku patřila *svoboda, aktivita, bezstarostnost, připadal si zajímavý, snáze navazoval kontakt*. Po přechodu na užívání *heroinu* se změnil i zisky. V heroinu nacházel *útěchu, pocit bezpečí, jistotu, důvěru a cítil, že nebude odmítnutý, nebude sám*.

Jako dopady a následky plynoucí ze zneužívání drog označil hlavně zpřetrhané rodinné vztahy. Rodina mu po zkušenostech už nevěří. Vyčítal si, že může za

zdravotní stav matky. Cítí se osamělý, cítí, že nemá domov. Jeho vrstevníci mají rodiny, práci, koníčky. On nemá přátele, partnerku. Nedokončil střední školu. Má dluhy.

Své předchozí léčebné pobyty hodnotil kladně. Vždy se aktivně zapojoval do terapeutických aktivit. Jak vyplývá ze zprávy ošetřujícího lékaře, klient měl hodně zkušeností z pobytů v terapeutických komunitách a tak byl v léčebně, odkud do programu následné péče přicházel, přínosným článkem pro skupinovou psychoterapii. Uměl otevřeně mluvit o své drogové kariéře, o příčinách recidivy. Nebál se přijímat kritiku a naopak dávat i negativní zpětné vazby. Ve skupině se projevoval jako citlivý a všímavý. Kromě otázek závislosti se v psychoterapii věnoval těmto tématům: práce s chutěmi, plánování volného času, život po odchodu z léčebny. Ale nejdůležitější a také nejcitlivější témata – vztahy v rodině, klientův vztah k ženám, „úspěšně“ odsouval.

7. Rodinné prostředí vzhledem k rizikovým faktorům v příběhu klienta

Jak vyplývá z rodinné anamnézy, klient nevyrůstal v prostředí, které by bylo ideální pro zdravý vývoj jedince. Nikdy nebyl umístěn do výchovného ústavu, ale

prokazatelně se narodil jako nechtěné dítě. Oba rodiče byli mladí, zvláště pak matka. Matka ještě neměla ukončené středoškolské vzdělání. Jejich známost byla krátkodobá. Matka uvažovala o potratu. Na nátlak svých rodičů (prarodičů klienta) a v té době svého budoucího muže (otec klienta) se rozhodla dítě si ponechat. Rodiče uzavřeli sňatek manželský, jak se říká: „protože museli“. Matka školu dostudovala s podporou prarodičů z obou stran. Ihned po ukončení školy začala chodit do práce a podle klientových slov chodila často za zábavou. Klient uvádí, že se *matka někdy vracela domů opilá*. Ví to, protože slyšel *výčitky prababičky*: „*místo aby ses starala vo svýho kluka, tak se furt někde couráš, podívej se, jak zase vypadáš...*“. O klienta se v dětství starali převážně prarodiče. Vzhledem k tomu, že rodiče byli mladí, byli mladí i prarodiče. Jejich produktivní věk jim neumožňoval být prarodiči na „plný úvazek“ a tak klient *navštěvoval dětské jesle*. *Navíc prarodiče jak z matčiny tak z otcovy strany brzy zemřeli*. Uvádí, že se mu po nich moc stýskalo.

Z klientova vyprávění jsem měla pocit, že *byl matkou často odkládán do péče druhých osob*. Klient si *nepamatuje, že by si s ní matka hrála, že by mu četla pohádky, že by ho chovala, že by se s ní mohl pomazlit*. Spíše si vybavoval momenty, kdy *byl z jejího chování vylekaný*. Podle toho, co popisoval, to bývaly momenty před spaním – *když už šla syna uložit, vyprávěla mu strašidelné příběhy, převlékala se za čarodějnici, vyhrožovala tresty, opuštěním*. *Vzpomínal, že často usínal sám, a že mívál s usínáním problémy, bál se usnout, protože ho pak trápily noční můry*. Často *slýchal větu: „Kdyby ses nenarodil, tak“*.

Otec, řidič z povolání býval *většinu času mimo domov*. Pokud doma byl, chodíval s kamarády do hospody. Tam svého syna občas brával s sebou a před ostatními chlapy „*dělal ramena*“. Pro klienta, malého kluka, to byly krásné chvíle – byl s otcem, jeho otce všichni poslouchali, smáli se jeho vtipům, měli ho rádi. Pamatuje si, že byl tehdy na svého otce pyšný. *Doma se otec choval stejně*

„chlapácky“, kontroloval, vyžadoval, křičel, nešel daleko pro ránu. Klient si pamatuje, jak se jeho rodiče často hádali. Jeho rané dětství doprovázel velký křik, bouchání dveří, rozbité nádobí, vyhrožování, odchody z domova. Nevěděl proč, nerozuměl tomu. V takovýchto chvílích utíkal pryč, schovával se pod postel ve svém pokoji, plakal a cítil se opuštěný. Až ve vyšším věku si uvědomil, že tam, kde byl otec, byl i alkohol a jiné ženy než matka. Tuší, že alkohol a otcova nevěra byly příčinou rodičovských hádek. Na druhou stranu je otci vděčný za to, že ho „postavil na brusle“ už jako čtyřleté dítě. Bylo to období náročné, otec chtěl lepší výsledky než trenér, ale zároveň ho ve sportu podporoval a dokázal ho i ocenit. Díky jeho časté absenci v roli otce, tuto roli částečně obsadil trenér. Lední stadion byl místem, kam chodil rád, cítil, že tam patří a že je tam vítán.

Dalším faktorem, který prožívání a vztah klienta k rodině ovlivnil, bylo narození jeho sestry. Sestra je o necelé tři roky mladší. Zažíval, jak se na příchod sestry všichni těší. A už v době, kdy byla matka těhotná, začal zažívat ještě větší pocit odstrčení. Po narození sestry prožíval vše ještě intenzivněji. Zažíval pocity samoty, jakoby byl cizincem ve vlastní rodině. Snažil se navazovat kontakt se sestrou, nosil jí hračky, chtěl ji pochovat, vozit kočárek, atd. Ale nic z toho mu nebylo umožněno. Setkával se jen se zákazy a příkazy. Vzpomínal si, jak byl často „posílán někam jinam“. Sám sebe popisoval jako dítě, které nikde neposedí. Všechny „průšvihy a lumpárny“, které dělal, mu pomáhaly k tomu, aby na sebe přitáhl pozornost, i když to byla pozornost veskrze negativní. Vztah se sestrou popsal jako nevýznamný. Když už spolu v kontaktu byli, tak se prý jen hádali a prali. Nevzpomínal si na chvíle, kdy by si spolu nebo společně s jinými dětmi hráli.

Klientova rodina je široká, má hodně bratranců a sestřenic. Vzpomínal, že ho starší bratraci „dostávali na hlídání“. Prý z toho nebyli nijak nadšení a tak jim sloužil jako poslíček, jako předmět posměchu, jako lehká kořist pro rvačku. V rodičích zastání nenašel : „určitě to nebylo pro nic za nic“, „nebreč, chlapi nebrečí“, „nevymejšlej si zase“, „nebud' měkkota“ a tak podobně. Nevěděl, jak se k tomu postavit. S bratranci byl rád, mohl být se staršími kluky a nakukovat tak do světa, který byl cizí a lákavý. Ale na druhou stranu se bál, co ho v jejich přítomnosti zase potká. Nenašel jiný způsob, jak s nimi být, než se jim přizpůsobit, aby mohl mezi ně patřit.

Velice důležitým momentem, který klient popisoval jako *velikou křivdu, nespravedlnost a potvrzení toho, že ho doma nemají rádi, byly přijímací zkoušky na střední školu*. Díky své skvělé výkonnosti si dal přihláškou na sportovní školu, bohužel nebyl přijat. *Chtěl se vrátit domů k rodině*, udělat druhé zkoušky na školu v místě bydliště, ale podle jeho slov *rodíče trvali na tom, aby se domů nevracel*. Vybrali mu jinou školu a přihlásili na internát. Vzpomínal si, že s ním o tomto mluvila hlavně matka. Zřejmě proto, že na něho měla dohlížet její sestra, která žila ve městě, kde měl klient chodit do školy.

8. Životní události související s užíváním NL v příběhu klienta

Klient tvrdí, že měl svůj život jasně naplánovaný. Plán ale měl jen jeden směr a cíl, tím byl život spojený s hokejem, přál si stát se profesionálním hokejistou. První překážkou tohoto směřování byl úraz kolena. Neměl kolem sebe nikoho, kdo by mu po operaci pomohl se k vrcholovému sportu vrátit. Jak jsem již zmínila v předchozí kapitole, *nemohl se vrátit ani ke své rodině. Prožíval období velké ztráty, zklamání a opuštění. Zůstal „sám v cizím městě“*. V této době (+/- 15let) bydlel na internátě, studoval školu, která ho nebavila a „chodil se ukazovat“ své tetě, která na něho měla dohlížet. Jak sám uvádí, tak se v této době „chytl nějaké party“, *začal chodit na pivo a kouřit marihuanu*. Po nějakém čase byl *vyloučen nejprve z internátu a záhy poté i ze školy*. Podle jeho slov mu to bylo celkem jedno, bylo krátce po sametové revoluci a on *cítil velkou svobodu*. I ta ho pravděpodobně dovedla ještě dál. O dokončení školy se už nepokusil, začal občas chodit na brigády. V tomto svobodném období se setkal s člověkem, který mu nabídl *pervitin*. Nevěděl, co od užití této látky může čekat. Vše *zapadlo do konceptu svobodného života*. Sám období od 16-ti do 18-ti let popisuje jako kolotoč zábavy. V osmnácti letech nastoupil na roční povinnou vojenskou službu. Pervitin užíval po celou dobu vojny. Po několikaletém téměř denním užívání pervitinu zažil toxickou psychózu, díky které absolvoval svoji první léčbu. Od té doby doposud od pervitinu abstinuje. Život bez pervitinu klienta, jak říká, brzy začal nudit. Začalo ho nudit i město, kde žil a tak se odstěhoval do jiného, většího města. Chvíli tuto změnu prožíval jako *dobrodružství, ale brzy se vrátily staré, dávno zapomenuté pocity osamění a opuštění*. V této době se setkal s *heroinem*. I přes prvotní velice komplikované abstinenční příznaky i nepříjemné somatické reakce na samotné užití heroinu, začal brzy užívat denně. Díky heroinu *zažíval, že někam patří, že má ve chvílích psychické nepohody zázemí, kde se mu dostává útěchy. Nebál se, naopak věřil, že vše dobře dopadne. Cítil důvěru v to, že ho heroin nezklame, že ví, jak se*

k němu zachová, že ho nikdy neodmítne. Zažíval pocit bezpečí. Přestože na druhé straně věděl o tom, že je jeho otrokem. Že není, díky heroinu, schopen vydržet v žádné práci, že není schopen navázat a udržet si partnerský vztah.

Z výše uvedeného může vyplývat, že klient začal užívat návykové látky v důsledku velkého zklamání a opuštění. Hledal náhradní řešení, náhradní „rodinu“, místo, kam patřit – kde bude přijímán, kde o něho někdo bude projevovat zájem. Kde nebude odmítán, ale naopak přijímaný. Kde bude někdo nebo něco, komu nebo čemu může důvěřovat. Kde ho někdo bude mít rád. Posléze mu návykové látky hlavně umožňovaly být sám se sebou a s životní realitou v kontaktu co nejméně.

9. Léčebné intervence se zaměřením na klientovy cíle, individuální plán

Z lékařských zpráv vyplývá, že klient do programu následné péče přichází po 2měsíční posilovací léčbě. V minulosti absolvoval 3x pobyt v psychiatrické léčebně a 2x v terapeutické komunitě. S následnou péčí měl zkušenost ze dvou pobytů v doléčovacích centrech, kde využil i službu chráněného bydlení.

V léčebných zařízeních dokázal klient vždy dobře prosperovat. Jak již bylo uvedeno v závislostní anamnéze, v léčbě byl aktivní, otevřený, postupem času dokázal přijímat i dávat zpětné vazby. Občas měl tendence povolovat a posouvat hranice, překračovat pravidla. To se týkalo hlavně pravidla navazování partnerských vztahů v léčebném zařízení. *Léčbu bud' řádně dokončil, nebo byl z léčby vyloučen pro vztah.* Záleželo jen na tom, jak se mu vztah dokázalo utajit. Mimo léčby dokázal abstinovat maximálně rok, ale udával, že po dobu abstinence vždy užíval alkohol. *K drogám se vracíval v okamžicích, kdy se mu rozpadl nebo nevyšel partnerský vztah.* Mimo léčebné zařízení bylo zřejmé, že jeho motivace je převážně verbální. Vždy mu byla doporučena úplná abstinence od návykových látek (včetně alkoholu) a minimálně ambulantní následná péče k podpoře a prohloubení motivace abstinovat. Dopomoci v rámci doléčování klientovi při přeměně náhledu z verbálního na produktivní a k dalšímu osobnostnímu rozvoji. V terapii se věnoval hlavně tématům: drogová minulost, příčiny recidivy, práce s chutěmi, volno-časové aktivity a plánování budoucnosti. Plánování budoucnosti nebylo zcela reálné. Jeho představy, plány a cíle byly v té době nad jeho síly. Důležitým tématům jako je jeho vztah k ženám a rodinné vztahy se věnoval pouze povrchně nebo vůbec.

Již při osobním pohovoru, který absolvuje každý zájemce o doléčování s chráněným bydlením, uváděl, že by rád doléčování pojal jinak. Na otázku, co by tedy mělo být jinak, odpověděl (odpověď byla zpracována písemně, jedná se o doslovný přepis; v závorkách doplnění na základě doptávání při osobním pohovoru):

„Tak určitě nebudu podceňovat skupinovou terapii (měl tendence utíkat k obecným tématům). Určitě zmírním tempo (dělal ukvapená rozhodnutí). Nebudu se pouštět do vážného partnerského vztahu (vždy záhy navázal vážný partnerský vztah a jemu vše přizpůsobil). Určitě si nebudu hledat časově

náročnou práci (práce byla častou omluvou/výmluvou z terapie).“ Při bližším doptávání byly jeho představy stále konkrétnější. *V terapii se chtěl více zaměřit na sebe.* Nechtěl se zdržovat tématy týkající se drogové kariéry, ta už prošel tolikrát, že sám doznával, že už ví kdy a co říkat tak, aby terapeut byl spokojený a ostatní klienti ho brali jako vzor. Nechtěl tím už ztrácet čas. Uvědomoval si, že je to jen únik před vážnějšími a důležitějšími tématy – *rodina, on a ženy, volný čas – mít svůj zájem (nebýt závislý na partnerce).* Měl pocit, že už nadešel čas na hledání souvislostí mezi zážitky z dětství, dospívání a dospělého života. *Chtěl najít odpověď na to, proč jeho vztahy ztroskotávají. Chtěl se více přiblížit rodině, uvědomoval si, že rodina je pro něho důležitá.* Na otázku, co pro to bude v rámci doléčování potřebovat, odpověděl (doslovná citace, otázka byla součástí osobního pohovoru):

„Potřebuju vedení, kontrolu, pomoc při zpomalení, pomoc při rozhodování, potřebuju se občas někde schovat, vybrečet...“.

Před sestavením individuálního plánu písemně zpracoval otázku:

„Situace, které nezvládám, co mě ohrožuje?“

Doslovný přepis:

„Co nezvládám a co mě ohrožuje? Když se vrátím zpátky, tak bych mohl několik takových situací popsat. Tak určitě to je nejistota jako taková. A je jedno v jakým to je smyslu nebo směru. Třeba když nemám práci a dlouho ji nemůžu sehnat, ztrácím hned motivaci a začínám mít pocit nepotřebnosti, že jsem k ničemu a tak je to asi hodně o sebevědomí. Když práci seženu, tak bych ji chtěl dělat pořádně, vždycky mám pocit, že by se mohlo ještě něco zlepšit a proto nasadím tempo, které je pro mě rizikové. Taky samozřejmě vztahy k ženám jsou pro mě rizikové. Nedokážu být sám bez vztahu a tak se bezhlavě pouštím do každého, který se namane. Jsem pak hodně zranitelný, protože si k daný osobě vytvořím takovou až nezdravou blízkost a když přijde rozchod, zklamání dost těžce nesu. A s tím hodně souvisí samota, ta mě ohrožuje a tu nezvládám ze všeho nejvíc. Tý se fakt hodně bojím. Taky nezvládám kritiku na mou osobu, беру to hned jako útok a začnu se bránit a je z toho konflikt. Určitě by mě ohrožovalo pití alkoholu, je to ten největší spouštěč k drogám. Dříve jsem to riziko nevnímal, teď už ano. Když si takhle čtu, co jsem napsal, není toho tolik, co mě ohrožuje, ale když se to spojí, je z toho jeden velkej průšvih.“

Individuální plán byl rozdělen do dvou oblastí – výpis z dokumentace:

1. cíl v sociální oblasti – práce, bydlení, finance
2. cíl v oblasti osobního růstu – naučit se být sám se sebou, ženy, volný čas, samota, nebýt moc „hrrr“ – nedělat ukvapená rozhodnutí
3. Jak pozná, že cíl bylo dosaženo:
4. budu mít práci na smlouvu, práce mě bude bavit; dobře se rozhodnu při hledání bydlení – bude mi v tom bytě dobře; naučím se s penězi hospodařit, vyjdu s nimi, než budu mít stálý příjem, až budu mít stálý příjem, začnu splácet dluhy
5. nebudu se stydět jít někam sám („třeba do bazénu“); budu vědět, co od žen chci, co pro mě vztah znamená, pokud vztah navážu, tak nebudu s partnerkou hned bydlet; budu mít koníčka, kde budou lidi (začnu hrát hokej); budu konzultovat svoje rozhodnutí, naučím autocenzuru

Nastavení frekvence a rozsahu potřebných služeb k dosažení cíle:

Individuální psychoterapie 1 – 2x týdně

Skupinová psychoterapie 1x týdně

Arteterapie 1x týdně

Sociální poradenství 2x týdně (Út práce, Čt finance)

Skupinová socioterapie 1x týdně

Zátěžový program cca 3x rok (podle finančních možností)

Ze záznamů v dokumentaci vyplývá, že klient pravidelně docházel na individuální terapii, omlouval se jen ve výjimečných případech. Otvíral citlivá témata, kterým se doposud v léčebných zařízeních věnoval pouze okrajově nebo se jim nevěnoval vůbec. Brzy si z individuálního prostoru dokázal vytvořit *bezpečné prostředí*. Mluvil o svých večerních úzkostech, pocitu smutku, samoty, opuštění. V takových chvílích byl často nutkavě v kontaktu se známými prostřednictvím mobilního telefonu. Pozvolna tyto své pocity spojoval se svými *zážitky z dětství – samota, opuštěnost, strach*. Prožíval to hodně těžce. Často tyhle „sondy do minulosti“ těžce nesl, plakal, vztekal se. Pouštěl „ven“ dlouho potlačované pocity. Postupně se podařilo tyto zážitky propojit se současnými vztahy, jak s přáteli, tak s partnerkami. *Klient si začal uvědomovat, že ve vztazích se ženami, které označoval jako vážné a dlouhodobé, hledal to, co mu chybělo – přijetí, jistotu, bezpečí a bezpodmínečnou lásku. Nebál se tohle zjištění dát souvislostí se vztahem s matkou. Zpracovával témata nejistoty, nízkého sebevědomí a sebedůvěry, která byla převlečená za „fajera“, který*

s ničím nemá problém. Tak nastartoval svoji přeměnu – nechal si změnit tetování, odstranil některé provokativní šperky, začal se méně provokativně oblékat a zároveň si ponechal svůj styl oblékání, v kterém se cítil dobře. Při návštěvě u rodičů nemluvil jen o povrchních věcech, ale mluvil o sobě. Jak se cítí, co je pro něho těžké, co se mu naopak daří lehce. Začal se rodičů doptávat na jejich vztah, na minulost, ptát se na jejich názor, dokázal si říkat o radu či pomoc a nejen finanční. Dokázal do rodiny přinést objetí při vítání a loučení. A hlavně dokázal ustát překvapení rodičů ze své proměny. Sblížil se se svou sestrou. Najednou to nebyl nevýznamný vztah, ale vztah, který mu dodával podporu. Začal za sestrou jezdit v době, kdy byla těhotná. Začal se chovat, podle jeho slov, jako správný starší bratr a budoucí strýc jejího dítěte. Po celou dobu doléčování nenavázal žádný vážný vztah. Po ukončení služby chráněného bydlení se odstěhoval sám do podnájmu. I nadále docházel do programu následné péče, ale již využíval pouze individuální terapii.

Na skupinovou terapii podle dohody docházel pravidelně do odchodu z chráněného bydlení. Ve skupině byl také aktivní, ale přinášet vztahová témata pro klienta bylo nadlimitní. Při skupinách převážně otvíral otázky volného času – jak smysluplně vyplnit svůj volný čas a problematiku týkající se práce – neúspěchy při hledání práce, konflikty na pracovišti, atd. Byl platným členem skupiny svými zpětnými vazbami pro druhé. Učil se komunikovat, sdělovat i přijímat negativní kritiku a vymezovat se vůči druhým. Jak jsem již zmínila, téma rodiny a vztahu k ženám se ve skupinové terapii dokázal věnovat pouze okrajově. Ale i bez těchto témat pro sebe vytěžil hodně. Naučil se poslouchat druhé, jejich názory brát jako zkušenosti a inspiraci. Konflikty v práci začal řešit, přestal před nimi utíkat, nebral si vše osobně. Práci si udržel a dokonce se stal kmenovým zaměstnancem, což mu přineslo jistotu finančního příjmu. *Nemusel být závislý na institucích a rodičích. Ve volném čase začal hrát fotbal – „dělám něco pro svoje zdraví a navíc jsou tam fajn lidi“.* Tady občas bojoval s tím, že spoluhráčům záviděl pivo, na které šli po tréninku.

Arteterapii neměl rád, jak sám říkal. Nenaučil se z ní čerpat. Hodně se blokoval tím, že neumí malovat. Jeho úniky (časté omluvy z důvodu práce) z tohoto formátu terapie byly zřejmé. Po pohovoru s jedním z arteterapeutů se rozhodl pro ukončení. S odstupem času to byl sám schopný pojmenovat jako výmluvy.

A přiznat si, že měl strach ze ztráty kontroly, že obraz prozradí něco, co se bál otevřít.

Sociální poradenství bylo oblastí, kde se klient hodně naučil. Při přijetí do programu zmiňoval své *potřeby, mezi které patřila kontrola, vedení a pomoc při rozhodování. Toho využil hlavně v sociální oblasti* – hledání práce, respektive práce v továrně. Říkal: „Do fabriky bych nikdy nešel, takhle bych nemohl klesnout.“ Pro to, aby se naučil hospodařit, musel odkrýt své zacházení s penězi a začal si vést finanční deník a učil se finančnímu plánování. Pro tento účel sepsal sám se sebou dohodu: Dohoda sám se sebou, jak budu hospodařit s penězi.

Doslovný přepis:

1. Cílem dohody je našetření peněz na samostatné bydlení, placení dluhů a rozplánování peněz na celý měsíc.
2. Vždy ukážu sms – kolik mi přišlo peněz na účet banky. Předložím následně výpis z banky ke kontrole.
3. Vyberu celou částku, přinesu ji na doléčovací centrum a tam si peníze uložím.
4. V situaci, když nebude možné peníze přinést v den výběru (DC zavřeno), zavolám na telefon a dohodnu výši částky, kterou vyberu a kdy přinesu zbytek. Obojí doložím.
5. Dle výše příjmu uděláme rozpočet na měsíc – dluhy, šetření, živobytí (jídlo, kouření, telefon), MHD, bydlení
6. Nebudu si půjčovat peníze a nebudu prodávat své věci.
7. V případě porušení dohody to budu brát jako relaps a budu o tom mluvit.
8. Revize dohody 1x měsíčně. 1 – 2x týdně (podle potřeby) kontakt se sociální pracovnící.

Tato dohoda byla vypracována v součinnosti individuální terapie a sociálního poradenství. *Při soc. poradenství zažíval převážně kontrolu a vedení. Pomoc při rozhodování a podporu získával převážně v terapii.* V individuální terapii mohl mluvit o svých pocitech, které díky této dohodě prožíval. Klientovi se podařilo peníze našetřit, postupně vnější kontroly ubývalo a přibývala vnitřní, klientova. Co už nešlo tak hladce, bylo měsíční hospodaření s penězi po odchodu z chráněného bydlení. Ale nedostával se do nouze. Začal splácet část svých dluhů a do nových se nedostával.

Socioterapií je zde míněna skupinová práce s klienty využívajících službu chráněného bydlení, tzv. Domovní schůze – prostor pro učení se kontaktu a komunikaci s druhými: ohlednutí za společným soužitím v uplynulém týdnu, co koho potěšilo x naštvalo, jak se klienti vzájemně vnímají spokojení x nespokojení, má-li někdo z někoho obavu. V tomto prostoru se klient *mohl učit respektovat soukromí druhých a zároveň své soukromí chránit. Učil se prosadit, sdělit svoji nespokojenost* např. s úklidem ve společných prostorech, s nočním hlukem, atp. Dále se *učil vnímat a všímat si druhých a v neposlední řadě mluvit o tom tak, aby sebe neohrozil a druhé nezranil*. Ještě stojí za zmínku, že mohl být na pokoji sám relativně dlouhou dobu. Byl tedy konfrontován se samotou a pocity opuštěnosti. Tyto stavy také zpracovával v rámci terapii. Zpětně tuto dobu hodnotil jako nelehkou, ale užitečnou, *učil se být sám i s nepříjemnými pocity*.

Zátěžový program za svého pobytu využil pouze jednou. Zážitek to pro něho byl emočně velice náročný. V závěrečné reflexi zmínil, že *byl rád, že terapeuti byli stále nablízku*. Po dlouhé době *zažíval jídlo u jednoho velkého stolu. Možnost mluvit do plánů a programu. Zažíval, že se může bavit a smát střízlivý, že může zpívat u ohně a nemusí se cítit trapně*. Hodně vzpomínal na svou rodinu, kdy on se svou rodinou něco podobného zažil a sám si kladl otázku, jestli tohle vůbec kdy zažil. Otevřená témata z tohoto víkendového výjezdu zpracovával v rámci individuální terapie.

10. Aktuální situace klienta

Klient byl v programu téměř dva roky, byl řádným absolventem. Několikrát se ozval telefonicky, ale jen sporadicky. Program následné péče osobně navštívil po dvou letech od řádného ukončení. Mluvil o svém životě v uplynulých dvou letech. *Navázal vztah, do kterého „nešel po hlavě“, ale i tento vztah ho na krátký čas opět vrátil k drogám.* Po čase se ukázalo, že je pouze milencem a žádná společná budoucnost, jak si on přál, je nečeká. *Neunesl zklamání a rozchod.* Následovala dvou měsíční léčba závislostí. V té době se po letech potkal s ženou, kterou znal z dob dospívání. Ona nikdy nezneužívala návykové látky, ale klientovu historii znala. Začali se stýkat, znovu seznamovat, jak klient sám dodával. V době, kdy jsme spolu mluvili naposled, *s touto partnerkou žil více než rok v malé vsi v rodinném domku a čekali spolu miminko. Podle jeho slov mají společné plány a pohled na svět. Je spokojený a říká, že konečně našel to, co vždy hledal a po čem toužil, měl milující rodinu.* Oboustranně se prohloubily vztahy s rodinou, vzájemně se navštěvují, klientovi rodiče se těší na vnouče, syna i jeho partnerku podporují. Má práci, která ho vždy bavila a uspokojovala. S nostalgií vzpomínal na dobu, kdy byl klientem programu následné péče, na to, co se všechno naučil, i když to byla cesta trnitá. Nechtěl nic podcenit a stále docházel ambulantně do adiktologické ambulance.

11. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zkoumat, jak úzce může souviset psychická deprivace v dětství s užíváním návykových látek. Dalším cílem této práce bylo poukázat na možnosti a meze psychoterapie léčby závislostí deprivací narušené vztahy narovnávat. V této části práce jsem shrnula a zhodnotila výsledek případové studie podle zjištěných skutečností. Pro snadnější orientaci jsem v praktické části používala kurzívu pro označení relevantních údajů pro dané téma. Dále jsem se pokusila odpovědět na dvě hlavní otázky, které jsem si kladla v úvodu této bakalářské práce: Může souviset psychická deprivace s užíváním návykových látek? Je možné potřeby, které měly být naplněny již před mnoha lety a někým jiným, naplnit v rámci psychoterapie v léčbě závislostí?

Souvislost deprivace a užívání návykových látek

Jak jsem se již zmínila v teoretické části této práce, rodina je důležitým místem, odkud si každý z nás odnáší základní pohled vybavení do svého dospělého života. Základní součástí pomyslného „uzlíku“, s kterým do světa „vyrážíme“ je důvěra a jistota. Důvěra v sebe, důvěra v druhé lidi, důvěra v život a svět takový jaký je. Důvěru získáváme na základě dobrého vztahu s matkou či jinou blízkou osobou. Na základě zjištění mohu konstatovat, že jistoty a důvěry si klient z rodiny mnoho neodnesl.

V případové studii je možné sledovat hned několik indicií, které poukazují na klientovu psychickou deprivaci v dětství. Jednou z prvních a nebála bych se ji označit za nejdůležitější je fakt, že se klient narodil z nechtěného těhotenství. Matka byla velice mladá a ani v průběhu těhotenství pravděpodobně tuto skutečnost nepřijala. Nedokázala své první navíc neočekávané dítě přijmout vnitřně. Nechci hodnotit, zda matka byla dobrá nebo špatná. Chci jen poukázat na to, že ještě nebyla připravena mít dítě. Bohužel s miminkem nedokázala navázat citový vztah, pevnou mateřskou vazbu ani po porodu.

Brzy po porodu nastoupila do zaměstnání a syna odkládala do jeslí. Dokud to bylo možné, trávil klient jako batole čas s prarodiči, ti však velice brzy zemřeli. V rodině panovala neutěšená atmosféra, matka, byla citově chladná, otec býval

často mimo domov a díky brzkému úmrtí prarodičů téměř z rodiny zmizely tradice.

Jedním z průvodních jevů psychické deprivace je nejistota, strach a z tohoto plynoucí úzkosti. U klienta se jak v dětství, tak v dospělosti objevovaly úzkosti, nejistota, sebepodceňování, nízká sebedůvěra. Pocit jistoty a bezpečí se učíme vnímat a cítit v matčině náruči. Klient zmiňoval, že si nevybavuje, že by se s matkou mazlil, toužil po tom, ale fyzický kontakt s matkou nebyl takový, jak by si přál.

Pokud se sejde „mazlivé“ dítě a „nemazlivá“ matka, dochází k citovému ochuzení. V teoretické části je zmíněno, že psychická deprivace je citové strádání. A podle získaných informací byla klientova matka citově chladná. Navázání dobrých vztahů s dětmi je základ pro vztahy budoucí, pro dobrý vztah sama k sobě a slouží k posílení zdravé sebedůvěry. Má vliv na základní a zásadní důvěru v lidi. Pokud se nepodaří vytvořit základní důvěru v lidi, v pozdějším věku je možné, že se to projeví jako nedůvěra v sebe. A na tohle všechno klient ve svém životě narážel.

Neuměl navazovat zdravé vztahy, byl nesamostatný, byl závislý nejen na návykových látkách. Neustále hledal místo, kam by patřil, kde o něho někdo bude mít zájem. Mluvil o sobě jako o neklidném, hyperaktivním dítěti, pravděpodobně už tehdy tímto chováním hledal náhradní řešení pro získání pozornosti, pro naplňování svých potřeb. Ve chvíli důležitého životního kroku – přestup na střední školu, se setkává se zásadním odmítnutím rodičů, cítí to hlavně jako odmítnutí od matky. Nemůže se po neúspěchu (nepřijetí na sportovní školu) a ve chvíli ztráty smyslu a životního směřování k profesionálnímu hokeji (úraz kolene), vrátit domů. Prožívá další velké zranění na duši a zároveň dochází k retraumatizaci zranění starých. V této těžké chvíli se setkává s návykovými látkami.

Setkání s drogou bylo, jako když najdeme správný klíč do správného zámku, správný a chybějící dílek do skládačky. Drogy klientovi nahradily neuspokojenou potřebu životní jistoty. Nechtěl žít dál v úzkosti, nechtěl tak žít ani jako malé dítě, ale nevěděl, jak se úzkosti zbavit. Hledal různé způsoby, až drogy mu to umožnily. Speciálně bych zde podtrhla užívání heroinu. V závislostní anamnéze jasně mluvil o tom, že našel to, co vždy potřeboval a nedostával – pocit bezpečí, jistoty, atd.

Podle typologie psychické deprivace je možné na základě těchto zjištění klienta přiřadit k typu, který je charakterizovaný náhradním uspokojováním potřeb.

Vzhledem k těmto skutečnostem, je možné mluvit o tom, že psychická deprivace v tomto konkrétním případě má s užíváním návykových látek velice úzkou souvislost.

Možnost reparace v rámci léčby závislostí

V úvodu spolupráce v programu následné péče si klient popsal své problémy. Mezi hlavní zařadil problémy se vztahy. V předchozích léčebných pobytech poznal, že nedokáže být sám se sebou, neustále se potřeboval na někoho vázat. To chtěl změnit, chtěl být sám sebou, na nic si nehrát, chtěl být samostatný a nezávislý. Přál si, aby si mohl vážit sám sebe, mít ze sebe alespoň trochu dobrý pocit. Plánoval znovunavázat vztahy s rodinou. V průběhu spolupráce se často zlobil, vztekal, byl v odporu, někdy plakal a upadal do sebelítosti. Ale vytrval, ustál několik krizí, neutekl sám před sebou. V kapitole o léčebných intervencích je popsáno, co vše klient absolvoval. Jak těžké to pro něho muselo být. Například vedení finančního deníku a plně otevřený vhled do hospodaření s penězi pro něho bylo velice ponižující. Vzpomínat na dětství také pro klienta nebylo jednoduché. Potřeboval hodně času na zpracování vzpomínek a vyplavených pocitů, které se vzpomínkami souviseli. Jak jsem již psala o nejdůležitějších – vztahových tématech nemluvil při skupinové psychoterapii, na to odvahu nenašel. Nicméně tam zažíval pocit sounáležitosti, podpory a pochopení. Ze zjištěných skutečností vyplývá, že se naučil se svojí úzkostí žít. Přestal ji zatajovat, schovávat za „fajera co má všechno na háku“. Občas se ještě za úzkost styděl: „v mejch letech bych neměl....“, ale snažil se o ní mluvit. Pojmenoval si své slabosti, rozeznával včas signály, které upozorňovaly na blížící se nebezpečí. A zároveň znal své zdroje, jak takovým situacím čelit. Naučil se říct si relativně včas o pomoc. Nesetkal se s hodnocením či odsouzením, byl terapeutickým týmem přijímán takový, jaký byl a je. Dostával pevné hranice, jasná vymezení, kontrolu, vedení. Na druhé straně pochopení, vstřícnost. Klient zažíval přijetí a bezpečí, ale zároveň si uvědomoval, že je to opět jen náhradní řešení, ale tentokrát zdravé náhradní řešení. V terapii se podařilo dodat klientovi více jistoty, více sebedůvěry a

samostatnosti. Naučil se hospodařit s penězi. Finančně nezávislým se stal pouze částečně, rodiče za něho i nadále spláceli dluhy. Naučil se hospodařit nejen s penězi, ale i se svými silami, tzn, naučil se dobře odpočívat. Začal dobře komunikovat s rodinou a on byl nositelem změn v rodině – fyzický dotek jako projev lásky, otevřený hovor o pocitech. Kde stále narážel, byly partnerské vztahy. Vytvářel si hlavně vztahy závislé. I ten poslední vztah, který má, je do určité míry závislý.

V rámci psychoterapie léčby závislostí se mohl potkat s pevnými hranicemi, kontrolou, požadavky, ale zároveň i s podporou, přijetím a nehodnocením. Tady se ukazuje, že terapeutický vztah má své možnosti a limity. Je velice důležité, jaká je klientova motivace a spolupráce v celém průběhu doléčování. Neméně důležitá je i klientova ochota a schopnost překonávat krize, nevzdávat se v těžkých chvílích. Není možné nahradit dětské potřeby v dospělém věku v takové míře a v takové podobě, jak by v dětském věku bylo třeba. Ale díky terapii se klientovi podařilo porozumět některým souvislostem v jeho životním příběhu a naučit se s nimi žít. Naučit se žít s tím, že se může bát, že nemůže mít vše, co by si přál. V těžkých chvílích si dokázal říct: „Teď je zle, ale zase bude lépe.“ A i to lze považovat za úspěch.

12. Diskuse

Téma psychické deprivace je velice široké. Snažila jsem se držet cílů, které jsem vytýčila v úvodu této bakalářské práce, ale nebylo to vůbec jednoduché. Díky zpracování této kasuistiky se mi podařilo do tématu psychické deprivace nahlédnout. Je to téma velice široké a náročné. Musím přiznat, že zpracovat tohle téma bylo mnohem obtížnější, než jsem čekala.

Spolupráce s klientem také nebyla jednoduchá. Komplikaci jsem spatřovala v tom, že byl díky opakovaným léčbám „profesionálním pacientem“. Delší dobu trvalo, než se vzdal své masky a začal mluvit o svých pocitech. Než začal mluvit opravdu tak, jak si to myslí a cítí a ne tak, jak by to mělo být správně a co terapeuti či jiný člen ze skupiny ocení.

Chvála a Trapková ve své knize popsali cestu sociálního porodu. Sociální porod představuje období, kde záleží na tom, který z rodičů je víc k dispozici, a zda ten druhý umí a může ustoupit do pozadí, aniž by se zcela přerušilo pouto jak s dítětem, tak s druhým rodičem. Je to období velice citlivé (Chvála, Trapková, Rodinná terapie psychosomatických poruch, 2004, str. 111).

Sociální porod u syna začíná podle Chvály a Trapkové kolem dvanácti let návratem do blízkosti matky. Kontext jeho sblížení s matkou se však radikálně liší od sblížení matky s dcerou tím, že je to budoucí muž. Připravit se vedle matky na život v heterosexuálním vztahu je pro syna pravděpodobně mnohem těžší než pro dceru s otcem. Syn se do symbiózy s ženským světem už nikdy nevrátí. Bude k němu přicházet zvnějšku a setkávat se s ním ve svých partnerkách (Chvála, Trapková, rodinná terapie psychosomatických poruch, str. 121).

Vzhledem k tomu, že k přiblížení klienta s jeho matkou docházelo minimálně a že byl navíc ve čtrnácti letech vyslán do světa a ve chvíli životního zklamání zůstal opuštěn, tak předpokládám, že k sociálnímu porodu tak, jak ho popisují Chvála s Trapkovou, nedošlo. Tato jistě zajímavá analogie s biologickým porodem může být jedním z důvodů, proč klient navazoval neustále závislé vztahy. Proč hledal náhradní řešení své situace v užívání návykových látek.

Jak jsem již uvedla v popisu aktuální situace klienta, tak klient ambulantně dochází do adiktologické ambulance. Jeho rozhodnutí plně podporuji. Klientův problém není pouze závislost na návykových látkách. V rámci terapie se ukázalo, že závislost je jen důsledek vážnějších problémů. Klientovi se částečně podařilo dozrát sociálně, ale emocionální dozrávání má do jisté míry stále ještě před sebou. Z mého pohledu by bylo vhodné i nadále v terapii pokračovat ve vztahových tématech. Klientovi by pomohla ideálně rodinná terapie, nemusel by být nositelem změny pouze on a narovnávání vztahů by se mohlo urychlit. Rodinná terapie má i tu výhodu, že se o složitých, těžkých a nepříjemných tématech nemusí mluvit doma a zúčastnění na to nejsou sami. Pokud by nabídku rodinné terapie z jakéhokoli důvodu klient odmítl, doporučila bych alespoň terapii párovou. Společný život a výchova dítěte je závazek a je potřeba velké dávky zodpovědnosti. Společná terapie by mohla přinést do mladé rodiny větší jistotu a mohla by být zaměřená jak na problematiku partnerství tak rodičovství.

13. Použité zdroje a literatura:

1. Bubleová, V., Kovařík, J., Matějček, Z., (1997). *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha Matisk. ISBN 80-85121-89-1
2. Koluchová, J. (1987). *Diagnostika a reparaibilita psychické deprivace*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN neuvedeno
3. Langmeier, J., Matějček, Z., (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze., ISBN 9788024619835
4. Kudrle, S. (2008). *Bio – psycho – sociální model v teorii a praxi*. In K. Kalina et al., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-1411-0
5. Jeřábek, P. (2008). *Psychopatologie závislosti*. In K. Kalina et al., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-1411-0
6. Hajný, M., (2008). *Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti*. In K. Kalina et al., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-1411-0
7. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s.
8. Chvála, V., Trapková, L. (2004), *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-561-5
9. Bowlby, J., (2010), *Vazba*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-670-4

Příloha 1

Informovaný souhlas se zpracováním případové studie a souhlas s poskytnutím informací ze zdravotnické dokumentace

Jméno a příjmení:

Základní údaje

Název případové studie: Deprivace a zneužívání návykových látek – možnosti a meze psychoterapie v léčbě

Autorka: Ludmila Joanidisová

Účel: Bakalářská práce v bakalářském studiu oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Vedoucí bakalářské práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN, o.s. SANANIM Praha

Cíl výzkumu

Cílem této kasuistické práce je ukázat, jak úzce může deprivace s užíváním návykových látek souviset. Jak může deprivace a dysfunkční vztahy v rodině ovlivňovat život v dospělosti, jak mohou komplikovat navazování zdravých vztahů a jak mohou ovlivňovat vztah sama k sobě. Kasuistická práce se zaměřuje hlavně na deprivaci, která má kořeny ve vztahu k matce, a na možné příčiny, které tak mohou člověka k užívání návykových látek dovést. Dále si tato kasuistická práce klade za cíl poukázat na možnosti a meze psychoterapie v rámci léčby závislostí tyto narušené vztahy narovnávat.

Čeho se informovaný souhlas týká

Souhlas se týká nahlížení do klientovy dokumentace, zpracovávání zjištěných skutečností, zaznamenávání poznámek pro přípravu bakalářské práce. Zároveň se souhlas týká nahlížení do bakalářské práce např. pro studijní účely.

Zabezpečení osobních údajů

V případové studii je zajištěna anonymita informací, nejsou zde uváděna žádná konkrétní jména, názvy institucí atd. a dalších informací, které by mohly přispět k identifikaci klienta.

Autorka i vedoucí případové práce jsou vázáni povinnou mlčenlivostí zdravotnického pracovníka.

Prohlášení klienta

Potvrzuji, že jsem byl seznámen s informacemi o výzkumu, jeho smyslem a účelem, a že jsem jim plně porozuměl. Všechny moje dotazy byly zodpovězeny k mé spokojenosti.

Prohlašuji, že souhlasím se zpracováním údajů o mé osobě pro studijní a výzkumné účely za podmínky, že autorka bude zachovávat mlčenlivost a zacházet s nimi tak, aby nebylo možné identifikovat mou totožnost a aby byla zachována moje práva a nebyla narušena moje osobní důstojnost.

Souhlasím s nahlížením do této bakalářské práce dalšími osobami.

Tento souhlas byl vyhotoven ve dvou exemplářích, z nichž po jednom obdrží klient a autorka práce.

V Plzni dne 15. 7. 2014

.....
klient

.....
autorka práce